

گزارش مورد

القاء شیردهی مناسب در یک مادر خوانده

دکتر سعیده ترویج الاسلامی*^۱، دکتر حسین نصیریان*^۲، دکتر عبدالرضا ملک*

*استادیار گروه اطفال - دانشگاه آزاد اسلامی مشهد.

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۲/۷ تاریخ تأیید: ۸۶/۲/۱۵

چکیده:

این یک واقعیت است که اکثر پزشکان باور ندارند که تنها با تحریک پستان و ایجاد انگیزه در خانم غیرحامله و بدون زایمان، می توان به مقدار کافی شیر تولید کرد تا نیازهای کودکی را که به فرزندپذیری است فراهم نماید.

در این مطالعه ما یک خانم ۳۰ ساله که نمی توانست حامله شود و یک نوزاد پسر را به فرزندپذیری پذیرفته بود، برای ارضاء میل مادری تحت القاء شیردهی قرار داده و به مدت ۲ سال، کودک را از نظر الگوی رشد مورد پایش قرار دادیم. در این مدت الگوی رشد کودک که از شیر تولید شده توسط این مادر تغذیه شده بود، بر منحنی نرمال منطبق بوده است.

واژه های کلیدی: القاء شیردهی، شیرخوار، مادر خوانده.

مقدمه:

بخصوص برای مادری که تجربه حاملگی یا تولد بچه ای را ندارد. تحقیقات جامعی در این مورد در انگلستان و گینه نو انجام شده است که نتایج مفیدی از جهت پیوند عاطفی مادر و کودک و تأثیر مثبت بر رشد طفل داشته است (۴،۵). مطالعه ما یک مثال گویا از القاء شیردهی در یک مادرخوانده در ایران می باشد بخصوص که فرهنگ کهن و مذهبی جامعه ما بر تغذیه با شیر مادر تأکید خاص دارد. استفاده از شیر دایه و پذیرش فرزند (مادر خواندگی) از گذشته دور در فرهنگ ملی ما ریشه دارد بخصوص که تأکید قرآن کریم بر تغذیه با شیر مادر تا پایان دوسالگی به این مسئله اهمیت دوچندانی می بخشد (آیات شریفه ۲۳۳ سوره بقره و ۱۴ سوره لقمان).

معرفی بیمار:

Kh یک خانم ۳۰ ساله است که نمی توانست

شیر انسان یک غذای ایده آل برای تمام نوزادان است. آکادمی متخصصین اطفال آمریکا تغذیه انحصاری با شیر مادر را برای ۶ ماه اول زندگی و تغذیه نسبی با شیر مادر (شیر مادر به علاوه غذای تکمیلی) را برای حداقل ۱۲ ماه و تا زمانی که هر دو طرف راضی هستند توصیه می کند (۱). فواید کوتاه مدت شناخته شده برای نوزاد شامل بهبود تغذیه، تقویت عملکرد معده ای - روده ای و تقویت سیستم دفاعی وی است. همچنین تغذیه با شیر مادر دارای فواید طولانی مدت برای نوزاد، فواید کوتاه و بلند مدت برای مادر و فواید اقتصادی برای خانواده و جامعه است (۲،۳).

القاء شیردهی یک تجربه بی نظیر مادری برای زنی است که تمایل دارد کودکی را به فرزندپذیری شیردادن از طریق پستان به نوزادی که به فرزندپذیری پذیرفته شده است ممکن است بسیار لذت بخش باشد

^۱ نویسنده مسئول: مشهد- کوی طلاب- پیچ دوم تلگرد- بیمارستان ۲۲ بهمن- بخش اطفال- تلفن: ۰۵۱۱-۲۵۱۳۶۱۰ E-mail: mesh6280@yahoo.com

حامله شود ولی مشتاق بود که مادری را تجربه نماید. گزینه القاء شیردهی برای ارضاء میل مادری به او پیشنهاد شد و به وی توصیه گردید که نوزاد را در اولین فرصت ممکن بعد از تولد، به کلینیک اطفال بیاورد.

او با یک نوزاد پسر ترم سالم، دو روزه با وزن تولد سه کیلوگرم، قد ۴۹ سانتیمتر و دور سر ۳۵ سانتیمتر مراجعه نمود. در آنجا به وی اهمیت مکیدن، تکنیک درست شیردهی و استفاده از مکمل های شیردهی گفته شد.

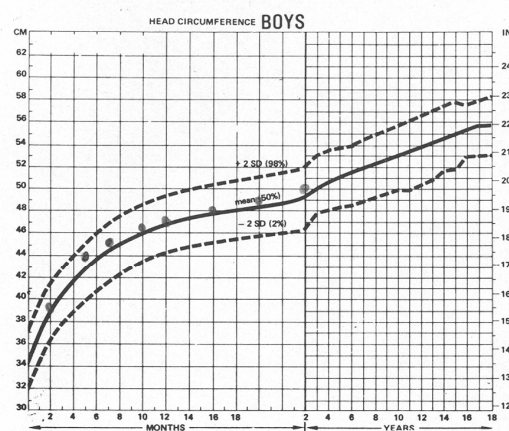
برای جبران کم بودن حجم شیر در ابتدا و تحریک بیشتر کودک جهت مکیدن می توان از وسیله کمکی جهت تغذیه کودک استفاده کرد. این وسیله دارای یک کیسه یا بطری حاوی شیر و یک لوله غذا دهنده باریک و سلیکونی است که به وسیله چسب جراحی هیپو آلرژیک به نیپل متصل می شود. وقتی نوزاد پستان را می مکد، شیر از طریق لوله، مانند نی جریان یافته و شیر به طور مستقیم در محل پستان رها می شود و به دهان نوزاد می رود.

جهت ارزیابی پیشرفت شیردهی و کنترل رشد نوزاد، مادر و کودک بطور مکرر ویزیت شده و رشد شیرخوار در منحنی های مربوطه پایش گردید. پس از مدتی مادر دیگر از وسیله تعبیه شده استفاده نمی کرد. در عوض ترجیح می داد که آرئول خود را با چکاندن مقداری شیر خشک بر روی آن خیس کند و به کودک اجازه دهد تا برای ۵ تا ۱۰ دقیقه آنرا بمکد و بقیه شیر خشک را با استفاده از قاشق به وی می داد. با این حال در تمام طول شب کودک در کنار پستان مادر می خوابید و پستان را می مکید (مکیدن پستان مادر در شب باعث افزایش پرولاکتین می شود). به مادر مولتی ویتامین همراه با مینرال داده شد و برای دو هفته از ۱۰ میلی گرم متوکلوپرامید سه

بار در روز استفاده گردید که بیشتر جنبه تقویت روحیه مادر را داشت. برای افزایش شیردهی، بر اساس اعتقادات قدیمی به مادر توصیه می شد تا روزانه از عرق رازیانه و سوپ شنبلیله نیز استفاده کند.

اولین قطرات شیر خود مادر در روز ۱۴ شیردهی ظاهر شد و مقدار آن در طی هفته های بعدی به تدریج افزایش یافت البته در کنار آن شیر خشک نیز به نوزاد داده می شد. از هفته دوم برای نوزاد قطره ویتامین A+D شروع شد. به تدریج و با افزایش میزان شیردهی، دریافت شیر خشک کاهش پیدا می کرد. در ۴ ماهگی وزن شیرخوار به حدود ۵/۵ کیلوگرم رسید و از این زمان وی تمام شیر مورد نیاز خود را از پستان مادر می گرفت. در این زمان تغذیه تکمیلی نیز آغاز شد. با شروع تغذیه تکمیلی قطره آهن نیز به رژیم وی اضافه گردید. در سن یک سالگی، کودک به وزن حدود ۱۰ کیلوگرم رسید و علاوه بر غذای کمکی فقط از شیر مادر استفاده می کرد. در این موقع مادر هر ۳ تا ۴ ساعت طفل را با شیر خود تغذیه کرده و مواد غذایی جامد را نیز ۲ تا ۳ بار در روز به وی می داد. استفاده از قطره A+D و قطره آهن تا ۲۴ ماهگی ادامه پیدا کرد. از شیر گرفتن طفل در ۲۲ ماهگی شروع شد و در ۲۴ ماهگی به پایان رسید. در این زمان طفل به وزن حدود ۱۲/۵ کیلوگرم، قد ۸۷ سانتیمتر و دور سر به ۵۰ سانتیمتر رسید. که بر اساس منحنی های رشد کودک همگی در صدک 50th قرار می گرفت (تصویر شماره ۱).

مادر اظهار می داشت که این تجربه برای وی و برای کودکی که به فرزندگی گرفته است بسیار لذت بخش بوده و کلیه داروهای ضد افسردگی خویش را کنار گذاشته است.

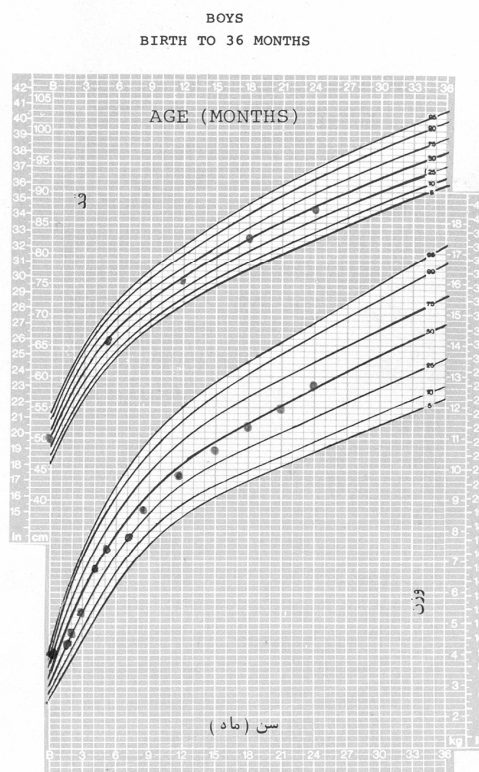


واکسیناسیون های انجام شده

نلات					
فلج اطفال					
سرخک					
اریون					
سرخچه					

راهنمای واکسیناسیون

نوع واکسن	سن
واکسن سل	تولد تا ۲ هفتگی
نلات ، فلج اطفال	۲ ماهگی
نلات ، فلج اطفال	۴ ماهگی
نلات ، فلج اطفال	۶ ماهگی
سرخک	۹ ماهگی
سرخک ، سرخچه ، اریون (M.M.R.)	۱۵ ماهگی
نلات ، فلج اطفال	۱۸ ماهگی
نلات ، فلج اطفال	۴-۶ سالگی
کزاز ، دیفتیری	۱۴-۱۶ سالگی



تصویر شماره ۱: منحنی رشد شیرخوار از تولد تا ۲ سالگی

بحث:

درگیر مشکلات روحی ناشی از ناباروری هستند، تجربه شیردهی از پستان را ارزشمند می دانند، حتی اگر مقدار شیر تولید شده کم باشد. میزان شیر تولید شده به مقدار قابل توجهی از زنی به زن دیگر متفاوت بوده و پیش بینی نتیجه القاء شیردهی مشکل است. از آنجایی که هر مقدار شیر انسان برای نوزاد ارزشمند است، اکثر مشاوران شیردهی معتقدند که تاکید بیشتر باید به جنبه های مثبت پرورش کودک و پیوند با او باشد تا بر حجم شیری که واقعاً تولید می شود (۳).

آکادمی متخصصین اطفال آمریکا بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در سال اول تولد تاکید دارد و آنرا دارای فواید جسمی و روانی مؤثری برای مادر و شیرخوارش می شناسد (۲،۱).

در ایالات متحده، به خصوص در بین اعضای La Leche League، به القاء شیردهی به عنوان یک روش برای فراهم کردن تجربه فزاینده ای از نزدیکی و پیوند عاطفی برای زنانی که کودکانی را به فرزند می پذیرند، پذیرفته شده است. بسیاری از زنانی که

در حال حاضر رژیم های متعددی وجود دارد که از درمان هورمونی برای تولید شیر استفاده می کنند، اما در بسیاری از زنان فقط با تحریک مکانیکی پستان شیردهی القا می شود. این روشها عبارتند از: ماساژ پستان، دستکاری نیپل و مکیدن توسط کودک یا بوسیله پمپ پستانی الکتریکی بیمارستانی است. در زنان Nulliparous (باردار نشده) یا آنهایی که هرگز شیر نداده اند، آماده کردن پستان با اتینیل استرادیول ۵۰ میکروگرم سه بار در روز یا تجویز یک دوز دپومدروکسی پروژسترون استات ۱۰۰ میلی گرم، سپس یک دوره داروهای افزاینده پرولاکتین مانند متوکلوپرامید شروع می شود (۳). تحریک مکش از این زمان آغاز می گردد. تولید شیر به طور معمول بین ۱ تا ۴ هفته بعد از شروع تحریک مکانیکی آغاز می شود. یک مطالعه در مورد القاء شیردهی با استفاده از دارو، شروع تولید شیر را بین ۵ تا ۱۳ روز توصیف کرده بود (۶). نتایج این مطالعه مشابه موارد گزارش شده از القاء شیردهی با استفاده از تحریک نیپل است. در ابتدا مادر ممکن است ترشح فقط چند قطره شیر را ببیند. در طی زمانی که تولید شیر در حال انجام است، مادر ممکن است متوجه تغییراتی در رنگ نیپل ها و بافت آرنول شود. پستان ممکن است حساس و دردناک گردد. بعضی زنان افزایش تشنگی و تغییراتی در سیکل ماهانه یا میل جنسی را گزارش کرده اند (۷). داروهای دیگر که مورد استفاده قرار گرفتند شامل دومپریدون (موتیلیوم) است. این دارو به عنوان آنتاگونیست محیطی دوپامین عمل کرده و همچنین پرولاکتین سرم و تولید شیر را افزایش می دهد. شنبلیله یک داروی گیاهی اروپایی از خانواده نخود فرنگی است که از قدیم معتقدند باعث افزایش تولید شیر می شود. هر چند اطلاعات در این زمینه کم می باشد (۸).

این فرضیه وجود دارد که تحریک تولید عرق،

ممکن است باعث افزایش ترشح شیر شود چرا که پستان یک غده عرق تغییر شکل یافته است. اکسی توسین چه به صورت خوراکی یا اسپری بینی در زنان با تولید ناکافی شیر، به کار رفته است و گزارش شده باعث کاهش شیر می شود (۸). داروهایی که باعث انقباض سلول های اطراف آرنول می شوند و بدین طریق ترشح شیر را تحریک می کنند، ممکن است با کاهش استاز باعث افزایش تولید شیر شوند (۸). القاء موفقیت آمیز شیردهی در مادرانی که کودکی را به فرزندپذیرفته اند گزارش شده است. یک گروه ۲۴۰ نفری از نوزادان انتخابی که ۸۰ درصد آنها قبلاً با شیشه تغذیه می شدند، ۳۵ درصد مادران آنها نولی پار بودند و ۲۳ درصد آنها هرگز قبلاً تجربه شیر دادن با پستان نداشتند، توصیف شده اند. ۷۵ درصد آنها در انتهای هفته اول مایل به ادامه فرزند خواندگی و شیردهی بودند، ۵۴ درصد نیازمند مکمل در طی دوره شیردهی بودند، اما ۲۵ درصد زنان که قبلاً هرگز حامله نشده بودند، پیش از گرفتن شیرخوار از پستان قادر به حذف کامل مکمل گردیدند. به طور کلی به نظر می رسد فایده پیوند عاطفی ایجاد شده بسیار مهمتر از تولید شیر باشد (۴).

در یک مطالعه انجام شده در گینه نو، ۲۴ نوزاد با مادرانی که شیردهی در آنها القاء شده بود در طی دوره پیگیری به خوبی تغذیه شده بودند. Kleinman و همکارانش، به ترکیب شیمیایی شیر تولید شده به وسیله مادران غیر باردار توجه کردند. در مطالعه آنها، تولید شیر بطور متوسط در عرض ۱۱ روز اتفاق افتاد و نمونه های شیر در طی ۵ روز اول تولید شیر جمع آوری گردید و با نمونه های شیر ۵ مادر باردار مقایسه شد. غلظت متوسط پروتئین در زنانی که شیردهی در آنها القاء شده بود تفاوت معنی داری با گروه شاهد نداشت و همچنین تفاوت های اندکی در غلظت آلبومین، IgA و غلظت های آلفا لاکتالبومین وجود داشت (۸).

نتیجه گیری:

مناسب، ایجاد انگیزه، پشتکار و حمایت مادر، تغذیه با شیر مادر به عنوان یک انتخاب واقع گرایانه با فواید قابل توجه برای مادر و نوزاد در موارد فرزند خواندگی مورد استفاده قرار بگیرد.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از تمامی کسانی که ما را در این طرح یاری نمودند قدردانی می گردد.

با توجه به اینکه شیر مادر بهترین غذای شیرخوار بخصوص در سال اول زندگی می باشد و این مسئله یک واقعیت است که تنها با تحریک پستان و ایجاد انگیزه روانی مناسب در زن غیر حامله ای که تجربه بارداری و شیردادن از پستان نیز نداشته است می توان برای کودکی که به فرزند قبول کرده است مقدار کافی شیر حتی تا پایان دو سالگی تولید کرد توصیه می گردد تا با درمان دارویی و استفاده از تکنیک های

منابع:

1. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA. Breast feeding and the use of human milk. *Pediatr.* 2005; 115: 496.
2. W.H.O. Global strategy for infant and young child feeding. 2002. Available at: www.who.int/nut/documents/gs_infants_feeding_text_eng.
3. Kramer P. Breast feeding of adopted infants. *BMJ.* 1995; 311: 188-9.
4. Nemba K. Induced lactation: a study of 37 non-puerperal mothers. *J Trop Pediatr.* 1994; 40: 240-2.
5. Lakhar B. Breast feeding in adopted babies. *Indian Pediatr.* 2000; 37: 1114-16.
6. Betzold C. Galactagogues. *J Midwifery Womens Health.* 2004; 49: 151-4.
7. Waterston T. Any questions? *BMJ.* 1995; 310: 780.
8. Kleinman R. Protein values of milk samples from mothers without biological pregnancies. *J Pediatr.* 1980; 97: 612-15.

